

「大学病院におけるリハビリテーションの教育・診療体制と医師臨床研修制度に関するアンケート」結果報告

日本リハビリテーション医学会 教育委員会

担当理事 上月 正博, 正門 由久

椿原 彰夫 (2010年5月まで)

委員長 岡島 康友

委員 芳賀 信彦 (報告担当)

池田 聡, 小林 一成, 高橋 博達

寺岡 史人, 豊倉 穰, 羽田 康司

笠井 史人 (2010年9月まで)

水落 和也 (2010年3月まで)

2004年から医師臨床研修制度が導入されて6年以上が経過し、この間、研修医の大都市への集中、関連病院から医師の引き上げ、夜間および当直業務を行う医師確保の困難化、診療科の選別の偏りなどが報告されてきた。大学病院は医学生に対する卒前教育、医師の初期研修において大きな役割を担っており、医師臨床研修制度の導入が大学病院のリハビリテーション（以下、リハ）部門に与えた影響は少なくないと考えられる。日本リハ医学会教育委員会では、結果を「リハ医育成アクションプラン」に生かすことも考慮した上で、各大学におけるリハの教育・診療体制と医師臨床研修制度に関するアンケート調査を行ったので報告する。本アンケートは「医師臨床研修制度がリハ部門に与えた影響に関するアンケート」として行われたが、実際には、医師臨床研修制度が開始する前の状態まで遡って調査することは困難であり、主にこの制度が開始して4年が経過した2008年度以降の現状を調査し、ここに「大学病院におけるリハビリテーションの教育・診療体制と医師臨床研修制度に関するアンケート」結果報告としてまとめる。内容としては、大学病院におけるリハ科の卒前教育、教育に関わる医師スタッフ、診療に関わる医師・コメディカルスタッフ、初期研修システムにおけるリハ科研修に関するものである。

I. 調査方法と回収率

このアンケート調査は、2009年9月に国立大学病院リハ部門代表者会議で国立大学付属病院のリハ部門代表者を対象として郵送によりまず行われた。その後、同様の調査を私立・公立大学でも行うべきとの意見が日本リハ医学会教育委員会でも出され2009年12月に私立大学・公立大学付属病院リハ部門代表者を対象に郵送により行った。以上2つのアンケートの設問に一部食い違いがあったため、更に国立大学に対し2010年7月に追加のアンケート調査をメールにて行い、結果を集計した。いずれも基本的に2009年度の状況を回答していただいた。なお便宜上、防衛医科大学は公立大学に含めて分析した。

アンケートを回収できたのは、国立大学（以下、国立）43校中35校（81.4%、但し2回目の追加調査は24校55.8%）、公立大学（以下公立）9校中8校（88.9%）、私立大学（以下、私立）30校中26校（86.7%）であり、全体の回収率は84.1%（82校中69校）であった。以下の回答は、特に断らない限り複数の付属病院を持つ大学ではそれらを合計したものである。

II. リハ科の卒前教育

リハ科の卒前教育に関する質問への回答をまとめた（表1）。リハ科単独の講義を行っているのは、国立34

表1 リハ科の卒前教育

	国立大学	公立大学	私立大学	全体
リハ科独自の講義・有り	65.0% (22/34)	75.0% (6/8)	80.8% (21/26)	72.1% (49/68)
リハ科独自の講義・単位数*	平均 5.1, 中央値 3.5 (1-21)	平均 10.3, 中央値 8 (1-22)	平均 10.8, 中央値 8 (1-50)	平均 8.6, 中間値 6.5 (1-50)
リハ科独自の講義・時間数 (時間)*	平均 9.1, 中央値 5.0 (1.7-31.5)	平均 11.2, 中央値 12.0 (1.5-22.0)	平均 14.3, 中央値 11.3 (1.0-50.0)	平均 12.5, 中間値 10.5 (1.0-50.0)
他科と合同の講義・有り	35.3% (12/34)	37.5% (3/8)	50.0% (13/26)	41.2% (28/68)
他科と合同の講義・単位数*	平均 2.0, 中央値 2.0 (1-4)	平均 2.3, 中央値 1.0 (1-5)	平均 4.2, 中央値 3.0 (1-13)	平均 3.2, 中間値 2.0 (1-13)
他科と合同の講義・時間数 (時間)*	平均 2.0, 中央値 1.8 (1.0-3.3)	平均 2.5, 中央値 1.5 (1.0-5.0)	平均 5.3, 中央値 4.5 (1.0-15.0)	平均 4.0, 中間値 3.0 (1.0-15.0)
臨床実習・有り	73.5% (25/34)	75.0% (6/8)	88.5% (23/26)	79.4% (54/68)
臨床実習・日数**	平均 1.8, 中央値 0.5 (0.5-10.0)	平均 3.0, 中央値 3.5 (0.5-5.0)	平均 3.1, 中央値 2.8 (0.5-10.0)	平均 2.6, 中間値 1.5 (0.5-10.0)

*講義有りと回答した大学のみを計算の対象とした。単位数, 時間数を答えていない大学は対象外とした。

**週単位での回答は1週間を5日と, また半日以下の実習は0.5日として計算した。

校中22校(65.0%), 公立8校中6校(75.0%), 私立26校中21校(80.8%)で, 全体では72.1%であった。講義を行う学年は全体を通じて4年生が圧倒的に多いが, 次いで3年生と5年生に多かった。講義の単位数(いわゆるコマ数で, 1単位の時間を問わずに計算)の平均値/中央値は, 国立5.1/3.5単位(1~21単位), 公立10.3/8単位(1~22単位), 私立10.8/8単位(1~50単位)で, 全体では8.6/6.5単位であった。講義1単位当たりの時間が判明している大学で講義時間数の平均値/中央値を算出すると, 国立9.1/5.0時間(1.7~31.5時間), 公立11.2/12.0時間(1.5~22時間), 私立14.3/11.3時間(1~50時間)で, 全体では12.5/10.5時間であった。

他科と合同で講義を行っているのは, 国立34校中12校(35.3%), 公立8校中3校(37.5%), 私立26校中13校(50.0%)で, 全体では41.2%であった。講義の単位数の平均値/中央値は, 国立2.0/2.0単位(1~4単位), 公立2.3/1.0単位(1~5単位), 私立4.2/3.0単位(1~13単位)で, 全体では3.2/2.0単位であった。他科と合同の講義時間数の平均値/中央値は, 国立2.0/1.8時間(1~3.3時間), 公立2.5/1.5時間(1~5時間), 私立5.3/4.5時間(1~15時間)で, 全体では4.0/3.0時間であった。

リハ科独自の講義, 他科との合同講義, のいずれも行っていない大学は, 国立で3校, 私立で1校あり, 公立ではなかった。

臨床実習は, 国立34校中25校(73.5%), 公立8

校中6校(75.0%), 私立26校中23校(88.5%)で行われており, 全体では79.4%であった。臨床実習の日数は統計処理のために, 週単位での回答は1週間を5日と, また半日以下の実習は0.5日として計算した。その結果, 臨床実習の日数の平均値/中央値は, 国立1.8/0.5日(0.5~10日), 公立3.0/3.5日(0.5~5日), 私立3.1/2.8日(0.5~10日)で, 全体では2.6/1.5日であった。臨床実習が半日あるいは1日というもの, 整形外科などの臨床実習の一環としてリハ部門を見学する, というものがほとんどであった。

以上のように, リハに関する講義の単位数や時間, 臨床実習の日数については, 公立・私立に比べて国立では少ない, ということが明らかになった。

Ⅲ. 教育に関わる医師スタッフ数

リハ部門の医師スタッフ数に関する質問への回答をまとめた(表2)。教授, 准教授, 講師, 助教を合わせた人数の平均値/中央値は, 国立3.5/2人(1~20人), 公立3.5/3人(1~7人), 私立6.7/5人(1~34人)で, 全体では4.7/3人(1~34人)であった。このうち実際にリハの教育(研修医教育を含む)に関与するスタッフ数の平均は, 国立3.0/2人(1~20人), 公立3.0/2.5人(1~6人), 私立6.1/3.5人(1~34人)で, 全体では3.7/2人(1~34人)であった。すなわちスタッフ数は私立が国公立に比べて多かった。国立では全体のスタッフ数と教育に関与するスタッフ数の差が大きく, 他科と兼務のスタッフ数が

表2 教育に関わる医師スタッフ数

	国立大学		公立大学		私立大学		全体	
	全体	教育に関与	全体	教育に関与	全体	教育に関与	全体	教育に関与
教授	0.7/1 (0-4)	0.5/0 (0-4)	0.4/0 (0-1)	0.4/0 (0-1)	1.2/1 (0-6)	1.1/1 (0-6)	0.9/1 (0-6)	0.7/1 (0-6)
准教授	0.7/1 (0-4)	0.6/1 (0-4)	0.9/1 (0-2)	0.8/1 (0-2)	0.7/0.5 (0-2)	0.6/0 (0-2)	0.7/1 (0-4)	0.5/1 (0-4)
講師	0.5/0 (0-4)	0.5/0 (0-4)	0.8/0.5 (0-3)	0.6/0 (0-3)	1.3/1 (0-10)	1.1/1 (0-10)	0.8/0 (0-10)	0.7/0 (0-10)
助教	1.6/1 (0-8)	1.3/1 (0-8)	1.5/1 (0-5)	1.3/1 (0-5)	3.5/2 (0-17)	3.3/2 (0-17)	2.3/1 (0-17)	1.8/1 (0-17)
以上の合計	3.5/2 (1-20)	3.0/2 (1-20)	3.5/3 (1-7)	3.0/2.5 (1-6)	6.7/5 (1-34)	6.1/3.5 (1-34)	4.7/3 (1-34)	3.7/2 (1-34)
医員	1.2/1 (0-8)	0.7/0 (0-5)	1.3/1 (0-4)	0.8/0 (0-4)	0.6/0 (0-3)	0.3/0 (0-2)	1.0/1 (0-8)	0.4/0 (0-5)
大学院生	0.5/0 (0-5)	0.2/0 (0-2)	0.5/0 (0-3)	0.1/0 (0-1)	0.9/0 (0-7)	0.4/0 (0-6)	0.6/0 (0-7)	0.2/0 (0-6)
非常勤講師	0.5/0 (0-4)	0.4/0 (0-4)	2.4/0.5 (0-10)	2.0/0.5 (1-10)	1.4/1 (0-6)	1.1/1 (0-4)	1.1/0 (0-10)	0.8/0 (0-10)
その他	0.2/0 (0-2)	0.2/0 (0-2)	0.5/0 (0-3)	0.3/0 (0-1)	0.7/0 (0-7)	0.5/0 (0-7)	0.4/0 (0-7)	0.3/0 (0-7)

数値は平均値/中央値で、()内は範囲を示す。

公立、私立に比べて多いことが示唆された。医員の数は、国公立が私立より多く、大学院生は私立が多かった。

各施設に、現状でのリハ科医の数と、大学病院として更に必要なスタッフ数を質問した。国立は現状で平均4.2人(1~27人)に対してあと2.0人(0~5人)必要と回答した。公立は現状平均4.6人(2~10人)に対してあと2.7人(0~6人)必要、私立は現状平均6.0人(2~40人)に対してあと3.6人(0~10人)必要と回答していた。

自由記載でスタッフ数に関する意見を回答していただいた。現状の人員では診療に大きく時間を割かれ、研修医への教育、カンファランスの充実、学生教育や研究に取り組む時間を確保できないとの意見が多かった。

IV. リハ科医・コメディカル数等の変化

この数年間に、医師臨床研修制度の導入のみならず、国公立大学の独立行政法人化、リハに関する診療報酬の改定など多くの変化があった。そこで医師臨床研修制度が導入された直後の2004年度と、本アンケートを行った2009年度年との間で、付属病院におけるリハ科医・コメディカル数などの変化を質問した。

付属病院を複数もつ大学、付属のリハセンターをもつ大学もあるが、ここでは主たる付属病院のみの回答を掲載する。6年間の数を回答していただいたが、2004年度、2009年度のみを値を表3に示す。

付属病院の総病床数は、全体で869.3床から852.2床へ約2%減少したのに対し、リハ科の病床数は5.3床から4.6床へ約13%減少した。なおリハ科病床があるのは、2004年度で国立29校中5校(17.2%)、公立7校中4校(57.1%)、私立19校中7校(36.8%)で、全体では55校中16校(29.1%)であった。2009年度では公立が3校に減り、全体で15校(27.3%)となった。

2004年度年から2009年度へのリハ科の医師数の変化は、国立4.2→4.6人、公立2.6→5.1人、私立4.3→4.8人で、全体では4.0→4.7人であった。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の数はいずれも、私立で多く国公立では少なかった。それぞれの人数の全体の変化は、理学療法士6.9→10.3人、作業療法士3.0→4.8人、言語聴覚士1.2人→2.6人であった。すなわち、リハ科医の数の増加に比し、コメディカルスタッフ数の増加率は大きかった。

表3 リハ科医・コメディカル数等の変化*

		国立大学	公立大学	私立大学	全体
総病床数	2004年度	783.2 (600-1275)	834.0 (623-1065)	1013.6 (600-1423)	869.3 (600-1423)
	2009年度	778.0 (600-1308)	792.7 (561-1065)	987.3 (600-1423)	852.2 (561-1423)
リハ科病床数*	2004年度	5.6 (0-50)	4.4 (0-11)	5.2 (0-37)	5.3 (0-50)
	2009年度	5.1 (0-50)	4.0 (0-14)	4.0 (0-48)	4.6 (0-50)
リハ科医師数	2004年度	4.2 (0-25)	2.6 (0-6)	4.3 (1-12)	4.0 (0-25)
	2009年度	4.6 (0-27)	5.1 (2-10)	4.8 (2-17)	4.7 (0-27)
理学療法士数	2004年度	4.6 (2-13)	5.9 (4-10)	10.8 (6-21)	6.9 (2-21)
	2009年度	8.8 (3-18)	9.1 (3-13)	13.2 (6-29)	10.3 (3-29)
作業療法士数	2004年度	2.3 (0-5)	2.4 (0-6)	4.4 (0-18)	3.0 (0-18)
	2009年度	4.1 (0-9)	4.4 (1-8)	6.0 (3-22)	4.8 (0-22)
言語聴覚士数	2004年度	0.8 (0-3)	0.4 (0-1)	2.2 (0-14)	1.2 (0-14)
	2009年度	2.4 (0-5)	1.4 (0-3)	3.2 (0-17)	2.6 (0-17)

*2004年度、2009年度のデータが揃う大学（国立29校、公立7校、私立19校）の平均値および範囲を示す。

表4 初期研修システム

	国立大学	公立大学	私立大学	全体
リハ科選択可	62.5% (15/24)	37.5% (3/8)	80.8% (21/26)	67.2% (39/58)
1, 2年目とも選択可	12.5% (3/24)	12.5% (1/8)	15.3% (4/26)	13.8% (8/58)
2年目に選択可	25.0% (6/24)	25.0% (2/8)	42.3% (11/26)	32.8% (19/58)
その他のシステム	25.0% (6/24)	0% (0/8)	23.1% (6/26)	20.7% (12/58)
リハ科選択不可*	37.5% (9/24)	50.0% (4/8)	19.2% (5/26)	31.0% (18/58)
リハ科・部配属研修医数*				
2008年度	平均 2.1, 中央値 0 (0-19)	平均 3.7, 中央値 1 (0-9)	平均 3.0, 中央値 1 (0-20)	平均 2.7, 中間値 1 (0-20)
2009年度	平均 1.7, 中央値 0 (0-17)	平均 2.7, 中央値 2 (0-6)	平均 2.4, 中央値 1 (0-18)	平均 2.2, 中間値 1 (0-18)
合計	平均 3.9, 中央値 0 (0-36)	平均 6.3, 中央値 3 (0-15)	平均 5.4, 中央値 2 (0-38)	平均 4.9, 中間値 2 (0-38)

*リハ科の研修システムを持つ大学（国立15校、公立3校、私立21校）の平均値、中央値および範囲（括弧内）を示す。2009年度は、年度途中までの人数を答えた大学を含む。

V. 初期研修システム

各大学の初期研修システムにおけるリハ科研修に関する回答をまとめた（表4）。この質問は、国立大学に関しては追加調査となったため、回答が24校と少なかった。

リハ科の研修を選択できるのは、国立24校中15校（62.5%）、公立8校中3校（37.5%）、私立26校中21校（80.8%）であり、全体では67.2%であった。選択のシステムとしては、研修2年目に選択できるシステムが多かった。一方、リハ科の選択ができないのは、国立で37.5%、公立で50%、私立で19.2%で、全体では31%あった。すなわち、リハ科の選択ができるのは私立が最も多く、公立は少なかった。

リハ科の選択が可能な大学において、年間の配属研

修医数の平均値/中央値を調べると、2008年度で、国立2.1/0人、公立3.7/1人、私立3.0/1人であった。リハ科の選択が可能にもかかわらず1名も研修医が配属されなかった大学は、国立15校中8校、公立3校中0校、私立21校中5校であり、国立では研修の希望者が少ないことが示唆された。2009年度は配属研修医数がやや減少しているが、これはアンケートが年度途中にあったため、その時点での配属数を回答した大学があるためも考えられ、必ずしも研修医数が減少したとは言えない。

研修医を受け入れた大学には、研修医のリハ診療への取り組みや態度を自由記載で回答していただいた。概ね熱心に研修を行っている、との回答が多かったが、一部には当直がないなど消極的な理由でリハ科を

選択する研修医が熱心でないとの回答があった。また、研修医の中には整形外科，脳神経外科，神経内科などの志望者が多い一方，リハ科志望者が少ないとの回答も多かった。

VI. 考 察

本調査は元来、「医師臨床研修制度がリハビリテーション部門に与えた影響に関するアンケート」として行われた。しかし，大学によりリハ部門の診療形態が大きく異なること（占有病床を持つか否かなど），リハの診療システムがこの数年大きく変わってきていることから，純粹に医師臨床研修制度の開始によりどのような影響を大学病院のリハ部門が受けたかを知ることは困難であった。

卒前教育の充実度は，国立，公立，私立間で差があった。またリハ教育に関わる医師スタッフ数の調査結果も，これと同様の傾向を示した。卒前教育の充実はりハ医療に対する関心や興味を医学生に与えるという大きな意味がある一方，限られた医師スタッフで卒前教育を充実させることには大きな負担を伴う。大学病院においてもリハの需要が右肩上がり伸びてお

り，コメディカル数が大幅に増加しているのに対して医師数の増加幅が少ない現状を考えると，教育にも時間を割くことのできるような十分な医師スタッフ数の確保を要望していく必要がある。

初期研修システムにおけるリハ科研修に関する調査では，リハ科の研修そのものが不可能である大学が31%にも上っていた。さらに，リハ科研修が可能な大学でも，配属される初期研修医は年間2名から3名と極めて少なかった。リハ研修を義務化することができれば理想的であるが，少なくともまずは全大学でリハ科研修が可能となる研修システムを構築する必要がある。また同時に，リハ科を選択する医師が少しでも増えるように，卒前教育からリハの教育を充実させる必要がある。日本リハ医学会教育委員会では，大学におけるリハ医学講座設置に関するアンケート調査を予定している。これが医師スタッフの充実，リハ教育の充実につながることを期待する。

最後に，多忙な臨床・教育・研究業務の中にもかかわらず本アンケートにご回答いただいた先生方に深謝する。